X 8.

Dott. A. D'ANTONA

DUE OSSERVAZIONI
DI
SARCOMI FARINGO-ESOFAGEI
OPERATI

GUARIGIONE STABILE

(Estratto dagli *Atti della Società Italiana di Chirurgia*)

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1897

Dott. A. D'ANTONA

DUE OSSERVAZIONI
DI
SARCOMI FARINGO-ESOFAGEI
OPERATI

GUARIGIONE STABILE

(Estratto dagli *Atti della Società Italiana di Chirurgia*)

ROMA
TIPOGRAFIA INNOCENZO ARTERO
Piazza Montecitorio, 124

1897

Dott. A. D'ANTONA. — Due osservazioni di sarcomi faringo-esofagei operati. Guarigione stabile.

A proposito di due osservazioni di sarcomi faringo-esofagei operati, voglio permettermi richiamare l'attenzione dei colleghi del Congresso su di alcune particolarità di tecnica operativa al riguardo.

Le conoscenze anatomiche della regione del collo sono tanto famigliari ai chirurgi, ed il campo operativo è tanto studiato e comprovato, che è difficile il pensare che si possa dire qualche cosa d' importante da interessare i componenti un Congresso, dove convengono tanti esimî, nulladimeno le due osservazioni, delle quali vado a dirvi brevemente, mi hanno dato occasione a taluni ammaestramenti, che ho reputati degni della vostra attenzione.

Osservazione I. — Santoro Paolo, di anni 45, da Cisternino (Bari), carrettiere, ammogliato con figli, di costituzione forte e robusta è di salute florida, non ostante una infezione malarica patita parecchi anni addietro: niente sifilide; genitori viventi e sani: nulla nei collaterali.

Da più di venti anni cominciò ad avvertire una qualche molestia nel deglutire, specie boli voluminosi e di sostanze solide, ma non vi diè importanza sino ad otto anni fa (1888), quando, fattosi osservare da uno specialista, fu scoverto e poi asportato un piccolo tumoretto dall' epiglottide, come l' infermo riferisce. Dopo tre anni, il tumoretto si riprodusse e fu asportato; ma la riproduzione si faceva sempre più ravvicinata tanto che nel dicembre ultimo (1893) in un mese fu operato tre volte da un distinto specialista laringoiatra di Napoli.

Il tumore nelle ultime settimane è cresciuto sempre dippiù non pure, ma è divenuto sede di dolori irradiantisi al collo ed alla faccia, ed assai molesto sì da rendere stentata e tal fiata difficile la deglutizione anche di liquidi, e nella posizione orizzontale da impedire il libero respiro.

Nel gennaio 1896 ricoverò nella sala della Clinica Chirurgica Propedeutica.

Individuo sano, robusto; integrità dell' apparecchio cardiaco-vascolare, bronco-pulmonale, e degli organi addominali. Collo grosso, grasso e corto.

Nulla rilevabile dall' esterno.

Nella faringe sporge una massa papillare.

Tratta la lingua fortemente fuori la bocca, si scovre meglio la massa, coverta quà e la di detriti con punti ulcerati, e che occupa tutta la cavità del faringe, lasciando appena una rima a sinistra.

Col dito, il tumore si delimita dietro il pilastro posteriore destro, al quale si addossa; si delimita meglio in alto ed in dietro, restando perciò libera la parete posteriore del faringe e la porzione alta della laterale.

Col dito spinto molto in giù si segue il margine anteriore del tumore sino al corrispondente margine laringeo, ma non lo si può seguire oltre per raggiungere il limite inferiore, nè col laringoscopio si riesce meglio.

Il tumore papillare su tutta la superficie che si vede e si palpa è di consistenza carnosa ed alquanto mobile nei movimenti di deglutizione.

Nulla degno di nota nelle urine. Emoglobina all'emometro di Fleischl 75.

Il caso imponeva un deciso intervento, e non era neppure a discutere la via boccale: bisognava procedere dall' esterno, attraverso la regione del collo.

L'operazione richiesta per casi consimili fu ideata ed eseguita sul cadavere da Malgaigne nel 1834, e poco dopo da Widal. L'operazione allora consisteva nel tagliare il ligamento mediano tiro-ioideo, e fu detta impropriamente laringotomia. Più tardi Richet la denominò meglio faringotomia.

Trascorsero 25 anni, ed un medico francese in Taiti, il

Prat, per provvedere ad un piccolo fibroma nello spazio epiglottico-ioideo, per cui il glottide minacciava di essere occluso, eseguì nel 1859 l'operazione di Malgaigne. Ma fu veramente il Langenbeck, nel 1862, che procedè all'apertura larga del faringe, tagliando largamente tutta una metà della membrana tiro-ioidea, per estirpare appunto un fibroma. D'allora, sino al 1883, furono eseguite 19 faringotomie e riassunte da Bergmann in una conferenza tenuta in seno alla Società Medica di Berlino.

Nel 1884, Iversen aggiunse altri 5 casi della Clinica di Copenaghen (1), e nel 1890 Aplavin (2) ne raccolse altri 4. Un totale adunque di 28 operazioni sino al 90.

Tra quei casi vi sono due operazioni eseguite per corpi estranei capitati nel faringe. Ma di queste non è a tener conto in tale occasione anche perchè le faringotomie per questi incidenti sono oggi numerose.

Io ho potuto raccogliere dai diversi giornali e pubblicazioni scientifiche la storia di altri 11 casi di questi ultimi 5 anni: totale quindi fino ad oggi 37.

Le 37 faringotomie fatte per varie lesioni patologiche hanno dato una mortalità di un terzo circa: morte avvenuta sul letto di operazione o pochi giorni dopo: ed a proposito dei 5 sarcomi di quella statistica, due sono morti in primo tempo (Weeler, Lange) e due guariti (Baum, Wilson): del 5º ignoro il risultato (Bergmann).

In generale, la causa di morte fu o per emorragia, o per le manovre laboriose e necessarie per arrestarla, o per infezione della ferita o delle vie bronco-pulmonari. Sotto questo punto di vista la operazione ha oggi perduto molto della sua originaria gravità, perchè spesso riusciamo a parare gli accidenti e le conseguenze della sepsi.

Il procedimento comunemente seguìto è stato quello originario di Langenbeck, cioè del taglio trasversale nella regione sotto-ioidea a traverso la membrana tiro-ioidea: più raramente ed in casi di necessità l'incisione è partita dal di fuori ed in sotto dell'angolo labiale giù fino ai lati del tiroide e fin oltre

(1) Archiv. f. Klinische Chirur: Band XXXI. S. 610.
(2) Idem. Band. XLI. S. 324

ancora, con resezione temporanea del mascellare inferiore. Questa operazione del Mikulicz è indicata per asportare altresì i tessuti del pavimento della bocca.

Più raramente ancora il processo è stato della incisione trasversale sotto-ioidea, combinato a quello verticale del triangolo carotideo.

In questo mio caso sono riuscito ad aprirmi un' ampia e sufficiente breccia, procedendo con una incisione premastoidea in giù fin sopra l' articolazione sterno-clavicolare.

Operazione. — Cocainizzazione della regione tracheale. Incisione dal cricoide in giù a mano sospesa: fissazione della trachea con tenaculum ed apertura di essa: introduzione d'una grossa canula di Trendelenburg, che provoca molti accessi di tosse assai stizzosa e molesta. Dopo pochi minuti tranquillità: si passa alla cloroformizzazione attraverso l' apertura della cannula.

Incisione da dietro l' angolo della mascella, lungo il margine anteriore dello sterno-cleido mastoideo, sino a scovrire la profonda regione carotidea.

Legatura dei vasi tiroidei superiori, poi dei mascellari esterni e dei linguali.

Spostamento del fascio nerveo-vascolare in fuori (carotide, giugulare interna, pneumo-gastrico): resta dispiegata in sopra, in senso trasversale al campo operativo, la grande ansa dell' ipoglosso. Si sospende la cloroformizzazione e l' infermo si sveglia.

Viene scoperta allora la membrana carnosa esofagea: con un catetere metallico, introdotto dalla gola, la si rende prominente e la si incide longitudinalmente, tanto da introdurre l'indice sinistro, mentre il catetere viene ritirato. Il dito nell'esofago raggiunge e circoscrive il limite inferiore del tumore.

Qui il dito, scorrendo sulla doccia limitante il tumore in avanti, distende la membrana esofagea, che viene a gradi a gradi tagliata con forbici e il margine suturato a sopragetto.

Si procede così sino al ligamento ari-epiglottico spostando in alto l' ansa dell' ipoglosso. Nella incisione progressiva viene compreso il margine libero dell' epiglottide e quindi del ligamento ari-epiglottico: allora è messo a nudo il laringeo superiore. Non potendo i due nervi subire ulteriore spostamento in alto, si ritira il dito dall' esofago, si lasciano scendere i

tronchi nervosi in giù, e l' apertura esofagea si raggiunge col dito penetrato di sopra il laringeo. Si continua all' istessa maniera la dissezione della parete faringea col tumore sino al suo limite superiore. Si ripiglia l'istesso lavoro posteriormente e da giù, e, seguendo la stessa manovra, si raggiunge il limite superiore ed il tumore viene rimosso.

Pochi rami arteriosi faringeali furono legati, avendo provveduto in gran parte con sutura a sopragetto. La sutura s'incominciò in senso trasversale sulla parete anteriore e posteriore, finchè fu possibile, giacchè non poteva avvenire il riavvicinamento dell'una verso l'altra parete, in senso verticale.

Quando lo spazio antero-posteriore fu ristretto per opera delle suture trasversali, allora si potè suturare nel senso verticale all'angolo superiore ed all'angolo inferiore. Ne risultò così una sutura a croce, ma il cui centro restò aperto.

Al sangue venuto nel glottide si provvide con spugne e batuffoli di garza.

La ferita muscolo-cutanea fu suturata in gran parte in sopra ed in sotto, lasciando ritornare al loro posto vasi e muscoli: un tubo a fognatura fu collocato in prossimità dell'angolo inferiore e superficialmente da non raggiungere la profondità dei vasi.

Poche molestie nel giorno determinate dalla presenza della cannula e dalla tosse.

Per questa ragione, e perchè realmente la cannula aveva risposto assai insufficientemente allo scopo, essa fu, nella sera stessa, rimossa, e la respirazione compiendosi contemporaneamente per la ferita laringea e pel glottide, l'infermo ne ebbe un immediato sollievo.

Se non che dietro e durante alcune forti sforzi di tosse, si fece un enfisema discreto del collo e parete anteriore alta del torace. In quel grosso e carnoso collo, con quel robusto torace fu facile la perdita di parallelismo tracheo-cutanea e quindi il po' d'enfisema. A questo fu provveduto coll'immettere una piccola striscia di garza all'angolo inferiore di tutta la ferita.

L'apertura faringea comunicò nei primi giorni largamente colla ferita esterna: aria e liquidi passarono dall'interno al di fuori e viceversa.

Fu curata moltissimo e continuamente l'asepsi della ferita

tracheale e faringea, sicchè in 20 giorni si chiuse la ferita tracheale ed al 38º giorno tutta la ferita al collo.

Osservazione II. — Questa osservazione riguarda un tale Gallo Giuliano da Napoli, di anni 38, argentiere, ricevuto in Clinica il 26 febbraio 1896.

Ammogliato con figli. Nulla sofferse nell'infanzia. A 22 anni si contagiò di ulcera molle che fu seguita da linfoadenite inguinale a destra. In seguito sofferse blenorragia: null'altro di notevole. Nessuna traccia di sifilide.

L'attuale malattia cominciò circa 12 anni addietro con un dolore nelle fauci, specie durante la deglutizione e contemporaneamente l'infermo si accorse d'un gonfiore nella metà destra del velopendolo. Si disse trattarsi di faringite e furono praticate cure corrispondenti. Scomparso il dolore, l'infermo continuò ad avvertire un ostacolo nella deglutizione. A poco a poco l'ugola si spostava insensibilmente in giù e verso sinistra, mentre tutto il velopendolo si abbassava. Allora fu scoverto un tumoretto insorto nel fondo della metà dritta del faringe.

Da due anni a questa parte cominciò a soffrire disturbi nella respirazione e nella favella: la voce ha assunto a poco a poco un timbro nasale, divenuta inceppata la pronunzia di qualche lettera (p, c, n); rumoroso il russare durante il sonno.

Stato attuale. — Individuo di buona costituzione, ben conformato. Collo grosso, ma nessuna deformità apparente.

L'individuo richiama l'attenzione sulla sua voce, divenuta fortemente nasale, e su una certa difficoltà nel parlare, e sul respiro, che è alquanto ostacolato tanto che qualche volta, di notte, vi è stata minaccia di soffocazione.

Osservando la gola dell'infermo si vede che la metà dritta del velopendolo è fortemente abbassata e spostata in avanti: la loggia tonsillare è scomparsa, ed occupata invece da una massa che riempie completamente la dietrobocca.

L'ugola è fortemente spinta a sinistra ed abbassata fino a toccare la base della lingua.

Tra la massa del tumore e i pilastri di sinistra si può scorrere col dito, e si sente la tonsilla atrofica.

Cercando di delimitare la massa del tumore, si [illegible] che

esso sporge liberamente nella cavità del faringe ed apertura esofagea; in alto non si arriva a toccarne l'impianto, in basso arriva a livello del tiroide, senza però aderirvi : della gola non resta che una rima a sinistra, che permette appena il passaggio dei liquidi e di un solo filo d'aria.

La superficie del tumore è uniforme, liscia; la consistenza duro-elastica, in qualche punto molle ma non fluttuante. È indolente sia alla palpazione che spontaneamente. La mucosa che lo ricopre è integra e non aderisce al tumore.

Nessun disturbo dell'udito, nè degli altri organi, tranne i sopraccennati.

Esame dell'urina. — P. S. 1016. Albumina appena $^1/_{25}$ di gr. per litro : assenza di muco-pus, di zucchero diabetico, di acido etildiacetico, di acetone e di pigmenti patologici d'ogni maniera; nulla d'anormale al microscopio e quindi neppure un cilindro qualunque.

Esame del sangue. — Emoglobina 70 all'emometro di Fleischl.

Diagnosi. — Fibro-sarcoma perifaringo-esofageo.

Operazione. — Senza preventiva tracheotomia.

Incisione come nel caso precedente.

Raggiunto il fascio nerveo-vascolare lo si ritrova spostato in avanti, sicchè riesce agevole portarlo tutto insieme col laringe e trachea in avanti ed a sinistra, sicchè, legate due piccole arteriole, partite dal lato posteriore della carotide esterna (occipitale ed auricolare), si raggiunge immediatamente il polo inferiore del tumore, il quale viene dissecato in sopra sin sotto la faccia profonda della parotide, la quale, offrendo un ostacolo alla progressione della dissezione, viene in parte incisa e poi lacerata per rispettare il facciale.

Così la dissezione con la spatola e col dito viene portata in alto fino al livello dell'apofisi trasversa dell'atlante.

Allora si ripiglia la dissezione per progressivo scollamento e piccoli tagli colle forbici, a tutto il lato interno del tumore distaccandolo così da tutta la parete laterale e posteriore della faringe

Il tumore è ridotto ad un limitato attacco superiore, che viene anche esso dissecato mercè un raschiatoio ottuso. Si fa la legatura successiva di piccole arteriole e la ferita viene tutta su-

turata con sutura profonda, lasciando ai vasi l'agio di adagiarsi e colmare in parte lo spazio lasciato dal tumore rimosso. Una piccola striscia di garza fu lasciata tra le margini d'un punto della ferita, la quale striscia, rimossa dopo 24 ore, non impedì la riunione per prima che si compiè rapidamente da permettere all'infermo di lasciare l'ospedale in 9 giorni.

Esame anatomico. — Presento qui il primo tumore.

Ha le apparenze di un tumore papillare. È lungo circa nove centimetri, largo tre ed altrettanto spesso. Alla sua superficie profonda circolarmente si notano appesi due nastrini membranosi, che sono i residui della parete faringeale.

A circa metà altezza è appeso il lembo marginale dell'epiglottide col relativo ligamento ari-epiglottico.

La superficie tuberosa e villosa fece sospettare di un epitelioma: ma nel fatto si è dimostrato un sarcoma fusicellulare con relativo tessuto fibroso; in alcuni punti notevole sviluppo vascolare, come si nota nella Figura ritratta da un taglio molto vicino alla superficie.

Il 2° tumore, grosso quanto un uovo di pollo, ma più allungato, è, come si vede nel pezzo presentato, circondato da una perfetta capsula, che dice pure della completa enucleazione. La sua apparenza al taglio è chiaramente sarcomatosa, con zona di rammollimento per degenerazione.

La sua struttura è di un sarcoma anche esso fusicellulare ed in alcune aiuole chiaramente mixomatosa.